

IC-TRIAGE BIJ ONCOLOGISCHE PATIËNT VERGT ANDERE MANIER VAN DENKEN

# Wanneer moet een acuut zieke kankerpatiënt naar de IC?

Het is vaak een moeilijke beslissing: moet een acuut zieke kankerpatiënt wél of niet naar de intensive care? Internist-oncoloog dr. Monique Bos geeft enkele handvatten. Haar belangrijkste advies: niet treuzelen met besluiten!

De laatste jaren zijn er steeds meer medisch-oncologische behandel-mogelijkheden voor kankerpatiënten, waardoor hun prognoses aanzienlijk zijn verbeterd. De consequentie hiervan is echter dat patiënten vaker last hebben van ernstige bijwerkingen en complicaties. Daardoor komt ook vaker de vraag op of het zinvol is om een patiënt over te plaatsen naar de intensive care (IC). Die vraag blijkt in de praktijk niet altijd eenvoudig te beantwoorden. In het verleden was de IC verboden terrein voor kankerpatiënten. Een artikel uit 1989 opende nog met het advies: 'Just say no'.<sup>1</sup> Bos, internist-oncoloog in het Erasmus MC Kanker Instituut, verklaart: 'Men ging er destijds vanuit dat de ziekenhuissterfte van kankerpatiënten bijna 100 procent was.

Sindsdien is de prognose van kankerpatiënten steeds verder verbeterd, evenals de situatie op de IC, waardoor kankerpatiënten op de IC een beter perspectief hebben. Vandaar dat je in de literatuur ziet dat men in loop der jaren optimistischer is geworden.'

## Acuut instabiel

Bos promoveerde in 2013 op onderzoek naar kankerpatiënten op de IC en geeft nog geregeld lezingen over dit onderwerp, zowel voor intensivisten als oncologisch specialisten. Bos: 'De grootste groep kankerpatiënten op de IC betreft patiënten die worden opgenomen na een geplande operatie voor de betreffende oncologische aandoening; die zorg is routinematig. Daarnaast zijn er kankerpatiënten die acuut moeten



worden geopereerd, bijvoorbeeld vanwege een acute obstructie, bloeding of perforatie. In meer dan de helft van de gevallen gaat het daarbij om patiënten met colorectaal carcinoom. Bij deze groep maakt het voor de kortetermijnprognose niet zo veel uit of een patiënt wel of geen kanker heeft. De grootste uitdaging zijn echter de patiënten die om medisch-oncologische of hematologisch-redenen worden opgenomen op de IC. Meestal is er sprake van een acute situatie, waarbij de patiënt opeens instabiel wordt. In totaal gaat het in Nederland om ongeveer 2.000 patiënten per jaar. Juist bij deze groep is veel

onduidelijkheid over IC-triage en kun je je afvragen of dit niet beter kan.'

### Niet treuzelen

Wanneer een kankerpatiënt acuut ziek en instabiel wordt, is het vooral belangrijk om niet te treuzelen op de afdeling, benadrukt Bos. 'De beslissing over IC-opname moet binnen 1 tot 3 uur worden genomen om nog invloed te hebben op de overleving. Langer wachten, zeker als het langer duurt dan 6 uur, leidt uiteindelijk tot een slechtere prognose.

Naarmate het langer duurt, zullen er namelijk steeds meer organen uitvallen en is de kans groter dat een patiënt uiteindelijk overlijdt. Dat feit moet op zo'n moment doorslaggevend zijn in de besluitvorming en zwaarder wegen dan klassieke oncologische parameters, zoals het stadium van de ziekte, de behandelbaarheid en de aanwezigheid van neutropenie.<sup>12</sup>

### Andere manier van denken

Niet alleen van de internist-oncoloog, maar ook van de intensivist vergt de IC-triage van deze patiëntengroep een andere manier van denken.



Dr. **M.M.E.M. Bos** is sinds begin 2017 werkzaam als internist-oncoloog bij de afdeling Interne Oncologie van het Erasmus MC Kanker Instituut in Rotterdam. Voorheen was ze werkzaam bij het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Ze volgde haar opleiding tot internist aan het VUmc in Amsterdam en deed haar specialisatie oncologie in het Memorial Sloan Kettering Cancer Center in New York. In 2013 promoveerde ze aan de Universiteit Leiden op het onderzoek *Characteristics of critically ill cancer patients in the Netherlands*.

Uiteindelijk is het vaak de intensivist die de knoop doorhakt over IC-opname. De intensivist beoordeelt patiënten op basis van klassieke risicoscores zoals APACHE\*, SAPS\*\* en SOFA\*\*\*, met op de achtergrond het sombere gegeven dat de patiënt kanker heeft. Bewust of onbewust wordt die beslissing beïnvloed door de toestand van de kanker, maar de vraag is in hoeverre dat altijd terecht is. In een recentelijk onder intensivisten en internist-oncologen gehouden enquête werd de vraag voorgelegd of men een 55-jarige vrouw met gemetastaseerd mammapcarcinoom of gemetastaseerd pancreascarcinoom zou opnemen op de IC. Zo'n 75 procent van de intensivisten wilde in beide gevallen de patiënt niet een volledige IC-behandeling aanbieden, maar op voorhand al restricties afspreken of de patiënt zelfs helemaal niet overnemen. Alle internist-oncologen daarentegen gaven aan dat ze de patiënt met mammapcarcinoom wél zouden over-

plaatsen, waarvan 60 procent zonder enige behandelrestricties op de IC vanwege de betere prognose, in tegenstelling tot de patiënt met het pancreascarcinoom.<sup>3</sup>

### Betrokken blijven na IC-opname

Bos adviseert dan ook een intensievere samenwerking tussen internist-oncologen en intensivisten. 'Het is zinvol om vroegtijdig met een intensivist te overleggen, zodat je snel een beslissing kunt nemen op het moment dat de situatie acuut wordt. Intensivisten staan ook steeds meer open voor de optie om te kiezen voor een beperktere ondersteunende vorm van behandeling.' Daarnaast is het belangrijk dat de internist-oncoloog tijdens de IC-opname bij de behandeling betrokken blijft. 'Uit onderzoeken is gebleken dat de kans op overleving duidelijk verbetert als er dagelijks een internist-oncoloog betrokken is bij de zorg, en dat de uitkomst 30

procent beter is als er gebruik wordt gemaakt van behandelprotocollen die door internist-oncologen zijn opgesteld.'<sup>4</sup>

### ICU-trial

Om te bepalen of opname op de intensive care zinvol is, onderscheidt Bos drie categorieën van patiënten. De eerste categorie betreft patiënten in relatief goede conditie bij wie de diagnose kanker recentelijk is vastgesteld. Bij deze groep is opname op de IC sowieso gerechtvaardigd. Daarnaast zijn er patiënten in slechte conditie die in principe geen goede behandelopties meer hebben, waardoor opname nauwelijks zinvol is. Ten slotte is er nog een tussengroep: kankerpatiënten met een redelijke conditie die de eerstelijns behandeling hebben afgerond, maar waar nog goede mogelijkheden zijn voor verdere therapie. 'Bij deze patiëntengroep kan het zinvol zijn om te kiezen voor een ICU-trial. De patiënt wordt dan een aantal dagen op de IC opgenomen, bijvoorbeeld 3 tot 5 dagen in geval van solide tumoren, en 5 tot 7 dagen in geval van hemato-oncologische maligniteiten. Als na deze periode de conditie van patiënten niet verbetert, heeft verdere IC-zorg geen meerwaarde. Je ziet dat een dergelijke ICU-trial steeds gangbaarder wordt, al is het nog niet de algemene gang van zaken', stelt Bos.

### Kanker vrij baan

In het ideale geval is de beslissing over de IC-opname een gezamenlijke beslissing van intensivist, internist-oncoloog en de patiënt en/of zijn familie. 'Het is belangrijk om te weten hoever iemand wil gaan. Tegelijkertijd moet een patiënt zich ervan bewust zijn dat, wanneer er sprake is van intensieve zorg op de IC waarbij orgaanfuncties worden overgenomen, bijvoorbeeld in geval van mechanische beademing, de kankerbehandeling dan stilstaat, waardoor tumoren dus tijdelijk ruim baan hebben. Dat geldt ook voor de periode, soms zelfs maanden, daarna, omdat de patiënt eerst weer moet herstellen. In de praktijk zien we dat door een IC-opname de over-

*'De beslissing over IC-opname moet binnen 1 tot 3 uur worden genomen om nog invloed te hebben op de overleving'*



Besluitvorming over IC-opname van kankerpatiënten met mogelijkheid van ICU-trial; een kortdurende IC-opname (3-7 dagen) om te zien of hiermee de conditie van patiënten verbetert.

leving op korte termijn wel verbetert, maar er uiteindelijk sprake is van een verminderde overleving op langere termijn. Overigens geldt dat niet alleen voor oncologische patiënten', vertelt Bos.

### Speciale richtlijn?

Bos zou graag willen dat er een richtlijn of afsprakenset komt voor de behandeling van medisch-oncologische patiënten op de IC. 'In 2016 is er al zo'n richtlijn gelanceerd voor hemato-oncologische patiënten. Deze is aangenaam kort en bondig. Dat zou voor de medisch-oncologische populatie ook haalbaar moeten zijn. We moeten ons echter wel realiseren dat het bij medisch-oncologische patiënten een grotere en meer diverse patiëntengroep betreft met een uitgebreidere – orgaangebonden – problematiek, simpelweg als gevolg van de lokale morbiditeit, waarbij ook leefgewoonten zoals alcoholconsumptie en nicotinegebruik een rol spelen. Bovendien is er meer sprake van multidisciplinaire zorg, waardoor er meer aspecten zijn waar je rekening mee moet houden.' ←

### Referenties

- <sup>1</sup> Carlon GC. Just say no. Crit Care Med 1989;17(1):106-7.
- <sup>2</sup> Azoulay E, Schellongowski P, Darmon M, et al. The Intensive Care Medicine research agenda on critically ill oncology and hematology patients. Intensive Care Med 2017;43(9):1366-82.
- <sup>3</sup> Nassar AP Jr, Dettino ALA, Amendola CP, et al. Oncologists' and intensivists' attitudes toward the care of critically ill patients with cancer. J Intensive Care Med 2017;885066617716105.
- <sup>4</sup> Soares M, Bozza FA, Azevedo LC, et al. Effects of organizational characteristics on outcomes and resource use in patients with cancer admitted to intensive care units. J Clin Oncol 2016;34(27):3315-24.

\*APACHE: Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (score voor de ernst van de acute ziekte)

\*\*SAPS: Simplified Acute Physiology Score (inschatting van de kans op ziekenhuissterfte)

\*\*\*SOFA: Sepsis-related Organ Failure Assessment Score (maat voor de mate van orgaanfalen)

### LEZING OVER CRITERIA IC-OPNAME

Dr. M.M.E.M. Bos zal op 15 mei 2018 tijdens het *Jaarsymposium Oncologie 2018* in het Muntgebouw in Utrecht een lezing houden over de criteria voor IC-opname van kankerpatiënten. Zie voor meer informatie [www.continuumoncologie.nl](http://www.continuumoncologie.nl). Eind vorig jaar hield ze reeds een presentatie over dit onderwerp tijdens het *Najaarscongres 2017* van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC).